

# **GUÍA DE INTERVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN**

*Colección*  
GUÍAS PROFESIONALES



**Q**ueda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

# GUÍA DE INTERVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN

Fernando Lino Vázquez González  
Patricia Otero Otero  
Vanessa Blanco Seoane



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**  
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© Fernando Lino Vázquez González  
Patricia Otero Otero  
Vanessa Blanco Seoane

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono: 91 593 20 98  
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-9171-384-5  
Depósito Legal: M-27558-2019

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

# Índice

<i>Prólogo</i> .....	11
<b>1. <i>La depresión</i></b> .....	15
1.1. Descripción clínica .....	16
1.2. Diagnóstico .....	17
1.2.1. Trastorno de depresión mayor .....	17
1.2.2. Trastorno depresivo persistente .....	22
1.2.3. Otros trastornos depresivos .....	24
1.3. Prevalencia .....	26
1.4. Curso clínico y pronóstico .....	28
1.5. Consecuencias de la depresión .....	31
1.6. Comorbilidad .....	33
Resumen .....	33
Exposición de un caso clínico .....	34
Preguntas de autoevaluación .....	35
<b>2. <i>Etiología de la depresión: modelos conductuales y cognitivos</i></b> .....	37
2.1. Teorías conductuales .....	38
2.2. Teoría del autocontrol .....	42
2.3. Teoría de la desesperanza aprendida .....	43
2.4. Modelo cognitivo de Beck .....	47
2.5. Modelos de autofocalización y rumiación .....	52
2.6. Teoría de solución de problemas .....	54

2.7. Modelos teóricos subyacentes a las terapias de tercera generación .....	57
2.7.1. Activación conductual .....	57
2.7.2. Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena .....	59
Resumen .....	61
Exposición de un caso clínico .....	62
Preguntas de autoevaluación .....	63
<b>3. Evaluación</b> .....	<b>65</b>
3.1. Objetivos de la evaluación .....	66
3.2. Diagnóstico de depresión .....	69
3.2.1. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del <i>DSM-5</i> .....	69
3.2.2. Evaluación de los trastornos mentales en la atención primaria .....	71
3.3. Evaluación de síntomas depresivos .....	73
3.3.1. Inventario de depresión de Beck .....	73
3.3.2. Escala de depresión del centro para estudios epidemiológicos .....	75
3.3.3. Escala para la evaluación de la depresión de Hamilton .....	77
3.4. Evaluación de la ideación y conducta suicida .....	78
3.4.1. La escala de desesperanza de Beck .....	79
3.4.2. La escala de ideación suicida de Beck .....	81
3.5. Instrumentos de evaluación de otras condiciones comórbidas .....	83
3.5.1. Cuestionario de salud general .....	83
3.5.2. Listado de 90 síntomas, revisado .....	85
3.6. Instrumentos de evaluación de factores relacionados con la depresión .....	86
3.6.1. Variables conductuales .....	87
3.6.2. Variables cognitivas .....	91
3.7. Evaluación de la satisfacción con la intervención .....	97

3.8. Protocolo de evaluación .....	99
Resumen .....	101
Exposición de un caso clínico .....	102
Preguntas de autoevaluación .....	104
<b>4. Tratamiento I: Guía para el terapeuta</b> .....	<b>107</b>
4.1. Tratamientos basados en la evidencia para la depresión .....	107
4.1.1. Terapia conductual .....	108
4.1.2. Terapia de autocontrol .....	108
4.1.3. Terapia cognitiva .....	109
4.1.4. Terapia de solución de problemas .....	110
4.1.5. Terapia cognitiva basada en la conciencia plena .....	111
4.2. Características del programa de intervención propuesto .....	111
4.2.1. Sesiones, duración y formato .....	112
4.2.2. Contenidos generales .....	112
4.2.3. Procedimientos generales .....	119
4.3. El programa de intervención sesión por sesión .....	122
4.3.1. Sesión 1 .....	122
4.3.2. Sesión 2 .....	125
4.3.3. Sesión 3 .....	128
4.3.4. Sesión 4 .....	131
4.3.5. Sesión 5 .....	134
4.3.6. Sesión 6 .....	137
4.3.7. Sesión 7 .....	140
4.3.8. Sesión 8 .....	144
4.3.9. Sesión 9 .....	145
4.3.10. Sesión 10 .....	150
4.3.11. Sesión 11 .....	153
4.3.12. Sesión 12 .....	156
4.4. Técnicas adicionales .....	158
4.4.1. Higiene de sueño y control estimular .....	159
4.4.2. Parada de pensamiento .....	160

4.4.3. Tiempo para preocuparse .....	161
4.4.4. Paradoja de la aceptación .....	161
4.4.5. Abogado del diablo .....	162
4.4.6. <i>Savoring</i> .....	163
4.4.7. Hábitos de vida saludable y autocuidado .....	163
4.5. Orientaciones para el terapeuta .....	165
4.5.1. Habilidades del terapeuta .....	165
4.5.2. Manejo de dificultades en la aplicación .....	171
Resumen .....	178
Exposición de un caso clínico .....	178
Preguntas de autoevaluación .....	180

<b>5. Tratamiento II: Guía para el paciente</b> .....	183
5.1. ¿Qué es la depresión? .....	184
5.2. Tipos de depresión .....	186
5.2.1. Trastorno de depresión mayor .....	186
5.2.2. Trastorno depresivo persistente .....	187
5.3. La depresión afecta a las personas de formas diferentes .....	188
5.4. Factores que juegan un papel en la depresión .....	190
5.5. ¿Cómo identificar si tengo depresión? .....	191
5.6. ¿Qué puedo hacer para superar la depresión? .....	193
5.6.1. Conserva la calma .....	193
5.6.2. Disfruta de la vida .....	194
5.6.3. Mantente activo .....	196
5.6.4. Descansa lo suficiente .....	197
5.6.5. Aliméntate bien .....	198
5.6.6. Mantén una actitud positiva .....	199
5.6.7. Afronta los problemas de tu vida .....	200
5.6.8. Sé sociable .....	202
5.6.9. Vive el momento .....	203
5.6.10. Prioriza tu salud mental .....	204



*Solucionario* ..... 207

*Bibliografía* ..... 209



## *Contenidos digitales*

### *Anexos web: Materiales para las sesiones*

- Anexo 1: Terapia cognitivo-conductual para la depresión*
- Anexo 2: Contrato terapéutico*
- Anexo 3: Gráfica del estado de ánimo*
- Anexo 4: Mi autorregistro de respiración profunda*
- Anexo 5: Lista personal de actividades agradables*
- Anexo 6: Mi plan semanal de actividades agradables*
- Anexo 7: Contrato terapéutico*
- Anexo 8: Mi autorregistro de pensamientos negativos*
- Anexo 9: Análisis de mis pensamientos negativos*
- Anexo 10: Mi lista de pensamientos racionales*
- Anexo 11: Mi lista de aspectos positivos*
- Anexo 12: Mis cualidades y mis logros*
- Anexo 13: Mi árbol de la autoestima*
- Anexo 14: Mi lista de problemas actuales*
- Anexo 15: Mi ficha de solución de problemas*
- Anexo 16: Contrato terapéutico*
- Anexo 17: Mi lista de personas agradables para ver con  
más frecuencia*
- Anexo 18: Mi autorregistro de mindfulness*

# 2

## **Etiología de la depresión: modelos conductuales y cognitivos**

El vasto cuerpo de investigación en el ámbito de la depresión ha permitido el desarrollo de una gran variedad de modelos explicativos, que reflejan tanto la diversidad y complejidad de las manifestaciones de los cuadros depresivos como la evolución científica en el campo de la depresión a lo largo de los años. Las primeras teorías psicológicas sobre la depresión aparecieron dentro del psicoanálisis. A partir de los años sesenta, se comenzaron a aplicar los modelos de aprendizaje al fenómeno de la depresión, y surgieron las primeras teorías conductuales que, inicialmente, hicieron hincapié en diferentes dimensiones explicativas aisladas, para pasar progresivamente a integrar en un mismo modelo varios de estos factores explicativos. La posterior revolución cognitiva daría paso al desarrollo de sofisticados modelos cognitivos.

En este capítulo se presentan los principios básicos de los modelos psicológicos conductuales y cognitivos más importantes propuestos para explicar el trastorno depresivo, los cuales han propiciado el desarrollo de la mayoría de las intervenciones psicológicas más eficaces disponibles actualmente para tratar la depresión.

## 2.1. Teorías conductuales

---

Los modelos conductuales fueron los primeros enfoques de aprendizaje que se aplicaron a la depresión, y entre ellos se encontraba la *teoría del reforzamiento* de Charles Ferster (1973), cuya fundamentación se asienta en considerar la depresión como una reducción generalizada de las tasas de respuesta a estímulos externos. Según este autor, la depresión se origina por una frecuencia reducida de conductas seguidas por refuerzo positivo (p. ej., salir a divertirse con amigos) y una frecuencia excesiva de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos para el sujeto (rehuyendo, p. ej., tareas que requieren esfuerzo, como ir al gimnasio o a trabajar). Esta modificación en la asiduidad de las conductas, seguidas de refuerzo positivo y de las evitativas, puede deberse a varias circunstancias, que incluyen: *a)* cambios bruscos en el entorno del sujeto (p. ej., un cambio de residencia, que impide que el sujeto tenga acceso a personas, lugares y actividades que solían ser reforzantes en el pasado); *b)* programas de reforzamiento de gran coste, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias positivas (p. ej., preparar oposiciones para llegar a ser juez, lo que habitualmente requiere estudiar muchas horas al día durante varios años, sin obtener refuerzo positivo hasta que el candidato consigue una plaza); *c)* imposibilidad de desarrollar repertorios de conductas adaptativos debido a la perpetuación de espirales singulares, en que una baja tasa de refuerzo positivo conlleva la reducción de conductas, esta una mala adaptación al medio, y esta, a su vez, menos refuerzos positivos y de nuevo una baja frecuencia de esas conductas (p. ej., dejar de realizar actividades sociales porque no nos divertimos todo lo que quisiéramos con nuestros amigos; lo que lleva a una mala adaptación social; lo que hace que cada vez obtengamos menos refuerzo social y vayamos reduciendo, asimismo, nuestras actividades sociales); *d)* repertorios de observación limitados que hacen que las personas deprimidas distorsionen la realidad y realicen conductas que no suelen ser reforzadas (p. ej., hablar sistemáticamente sobre temas negativos, que resultan aversivos para las personas con las que se relacionan).

Además de esto, muchas conductas características de las personas deprimidas (p. ej., no salir de casa) se mantendrían por refuerzo negativo, lo que les permitiría evitar las consecuencias desagradables en las

que cabría esperar una nueva reducción de refuerzo positivo (p. ej., una nueva decepción por volver a sentir que sus amigos no se interesan por su estado). Ferster propuso el concepto de *encadenamiento* para ilustrar la idea de que una pérdida de refuerzo, en principio circunscrita (p. ej., jubilarnos y dejar de ir a trabajar) conllevaría una disminución de todas las conductas que estaban vinculadas a esa fuente de refuerzo central (p. ej., levantarse y arreglarse por la mañana, tomar un café con los amigos y compañeros).

Posteriormente, Peter Lewinsohn desarrolló ideas similares, las vertebó en una teoría, y desarrolló una terapia para la depresión basándose en la misma. En concreto, este autor estableció que la depresión era una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingentes a la conducta del sujeto en los principales dominios vitales, que conducía a los dos fenómenos psicopatológicos más importantes en este trastorno: un estado de ánimo deprimido y una reducción en el número de conductas. Como consecuencia lógica de la reducción del nivel de actividad, aparecerían otros síntomas de la depresión, como la baja autoestima y la desesperanza (Lewinsohn, 1975). De este modo, su explicación se fundamentó en tres suposiciones básicas. La primera, ya señalada, es que la baja tasa de refuerzo positivo contingente al comportamiento provoca una conducta depresiva (que puede manifestarse como tristeza y cansancio). La segunda es que esto explica la escasa frecuencia de conductas que se observa durante la depresión, ya que las conductas que no van seguidas por refuerzo tienden a desaparecer, y en este sentido, la persona deprimida seguiría un programa prolongado de extinción de la conducta. La tercera es que el número total de refuerzos positivos suministrados al sujeto dependen de tres cuestiones: *a)* cuántos y cuáles estímulos resultan recompensantes al sujeto; *b)* si existen esos estímulos en su entorno; *c)* si el individuo es capaz de conseguirlos.

De este modo, la aparición de una depresión requeriría la presencia de tres condiciones, aisladas o conjuntamente: *a)* ausencia de reforzadores en el ambiente; *b)* que el sujeto no tenga habilidades sociales para obtener refuerzo; *c)* que el sujeto sea incapaz de disfrutar de los reforzadores, aunque estos existan en el ambiente, debido a la presencia de niveles elevados de ansiedad social que interferirían en la puesta en práctica de sus habilidades sociales y la obtención de reforzamiento social.

Este planteamiento sugiere que, una vez que se desarrolla la depresión, existen una serie de factores contribuyentes al mantenimiento de la misma. A corto plazo, la simpatía y la preocupación expresadas por el entorno representarían una fuente de refuerzo social para la conducta depresiva, que se mantendría a un nivel elevado. A largo plazo, la conducta depresiva resultaría aversiva para el entorno y las otras personas acabarían evitando al sujeto deprimido; esto reduce el reforzamiento y genera un bucle que retroalimenta la sintomatología depresiva.

Entendiendo que los modelos que consideraban una única dimensión explicativa de los trastornos depresivos eran insuficientes, Lewinsohn reformuló y amplió este planteamiento inicial para incorporar los hallazgos de los enfoques cognitivos y las investigaciones sobre el fenómeno de la autoconciencia, y planteó un nuevo modelo integrativo multifactorial de la etiología y mantenimiento de la depresión que la considera como un producto de variables ambientales y disposicionales, intentando reflejar la complejidad del trastorno (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985; ver figura 2.1).

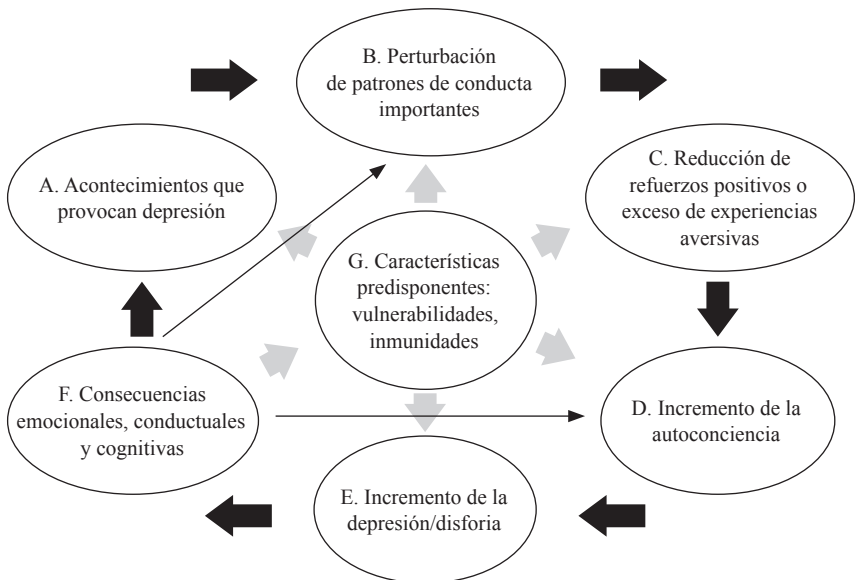


Figura 2.1. Modelo integrador multifactorial de la depresión (adaptado de Lewinsohn *et al.*, 1985)

En este modelo, la depresión se considera como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en las emociones, la conducta y las cogniciones. Los factores situacionales son importantes como desencadenantes del proceso que conduce a una depresión, y los factores cognitivos, como mediadores de los efectos del ambiente. Concretamente, la principal variable mediadora sería un incremento de la *autoconciencia* o un aumento de la cantidad de atención que una persona dirige hacia sí misma, a consecuencia de los intentos (inútiles) del individuo para resolver los sucesos estresantes que le ocurren. En este modelo se plantea que la cadena de acontecimientos que conduce a la aparición de la depresión empieza con los factores antecedentes de riesgo (A) (p. ej., acontecimientos vitales negativos, conflictos diarios), que inician el proceso depresogénico y alteran importantes patrones de conducta adaptativa necesarios para las interacciones diarias del individuo con el ambiente (B), como la atención a las relaciones personales importantes o las responsabilidades laborales. Esta alteración genera una reducción del refuerzo positivo y un incremento en las experiencias aversivas (C), influido por factores ambientales y disposicionales (G), lo que conduce a una elevada conciencia de uno mismo (D). El incremento de la autoconciencia hace que sobresalga en el individuo la sensación de fracaso para alcanzar sus objetivos, lo que lleva a un aumento de la disforia y a otros síntomas cognitivos, conductuales y emocionales de la depresión (E). Finalmente, este aumento de la sintomatología depresiva sirve para mantener y exacerbar el estado deprimido (F), lo que facilita el acceso a la información negativa sobre uno mismo, y disminuye la confianza del individuo deprimido para enfrentarse a su ambiente.

Las diferencias individuales estables, como las características de personalidad, pueden moderar el impacto de los acontecimientos antecedentes, tanto para iniciar el ciclo que conduce a la depresión como para mantenerla. Estas características de la persona pueden clasificarse como vulnerabilidades, que aumentan la probabilidad de ocurrencia de la depresión, e inmunidades, que disminuyen la probabilidad del trastorno (G). Lewinsohn y colaboradores sugieren que los factores de vulnerabilidad podrían incluir, entre otros, ser mujer, una historia de depresiones anteriores, susceptibilidad ante sucesos negativos y una baja autoestima. Ejemplos de inmunidad serían una elevada competencia social

autopercebida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos, la disponibilidad de una persona en quien confiar y habilidades de afrontamiento eficaces. Estos factores de vulnerabilidad e inmunidad afectan a todos los componentes de la teoría, que contempla, además, muchos bucles de retroalimentación, lo que supone que la intervención sobre cualquiera de las variables contempladas en el modelo podría funcionar tanto para agravar la depresión como para mejorarla.

## **2.2. Teoría del autocontrol**

---

Lynn Rehm (1977) postula que las personas deprimidas presentan déficits específicos en los procesos básicos que conforman el autocontrol (autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento), que impedirían un buen ajuste y adaptación a las circunstancias cambiantes del entorno. En concreto, establece un modelo de diátesis-estrés en el que la depresión es consecuencia de la pérdida de una fuente de reforzamiento externa (que constituiría el factor de estrés), que interactuaría con un déficit en las habilidades de autocontrol (que sería el factor de vulnerabilidad), y desencadenaría un episodio depresivo. Las limitaciones en los repertorios de habilidades de autocontrol de los individuos deprimidos podrían deberse a una combinación de las circunstancias siguientes:

- a) Déficit en las conductas de autoobservación: las personas deprimidas prestarían mayor atención a los acontecimientos negativos que a los positivos (p. ej., centrarse en las conductas negativas de otras personas hacia ellos, e ignorar todo el afecto y el apoyo que reciben), y a las consecuencias inmediatas de la conducta que a las consecuencias a largo plazo (p. ej., no querer estudiar para una oposición por el esfuerzo que requiere, en lugar de centrarse en los beneficios de conseguir un trabajo para su futuro).
- b) Déficit en las conductas de autoevaluación: las personas deprimidas suelen tener estándares muy rigurosos, difíciles de alcanzar (p. ej., “Tengo que sacar la mejor nota en la oposición”), que con-

llevan una autoevaluación negativa (p. ej., “He sacado la quinta mejor nota, soy un fracaso”). A esto se une una atribución interna, estable y global para los acontecimientos negativos (p. ej., “No he aprobado la oposición porque soy un inútil, para estudiar y para la vida”); y una atribución externa, inestable y específica para los positivos (p. ej., “He aprobado la oposición solamente porque he tenido suerte esta vez”).

- c) Déficits en las conductas de autorreforzamiento: las personas deprimidas se administrarían insuficientes recompensas y excesivos castigos. Estos déficits en la fase de autorreforzamiento son, en parte, consecuencia de los déficits en las fases anteriores del proceso de autocontrol (p. ej., atender selectivamente a los sucesos negativos y establecer estándares altos minimizan la recompensa y maximizan el castigo).

Estos déficits se adquirirían durante el proceso de socialización, y se convertirían en características más o menos estables que el individuo utilizaría para guiar su conducta dirigida a conseguir objetivos a largo plazo en todos los ámbitos, lo que explica que los problemas de adaptación afecten a distintas áreas de la vida de la persona con depresión (estudios, trabajo, familia, amigos, etc.).

### 2.3. Teoría de la desesperanza aprendida

---

Este modelo se fundamenta en las aportaciones de Martin Seligman (1975), y tiene su origen en los principios del condicionamiento clásico e instrumental. Este autor estudió en modelos animales los efectos de una serie de descargas eléctricas de las que no podían escapar, y encontró que desarrollaban una serie de conductas y cambios neuroquímicos similares a los que manifestaban los sujetos deprimidos, fenómeno que se denominó *desamparo* o *indefensión aprendida* (es decir, la percepción de la falta de contingencia entre las conductas y sus consecuencias). Aplicando este modelo a la conducta de las personas con depresión, estableció que la *expectativa de incontrolabilidad* (o pérdida percibida de control del ambiente), desarrollada a partir experiencias previas de fracaso, y de



una historia de reforzamiento que no dependía de sus conductas, les impedía el desarrollo de habilidades para controlar su entorno, y conducía a cuadros depresivos.

Sin embargo, este modelo no explicaba la baja autoestima, los sentimientos de culpa, la cronicidad y generalidad de los síntomas, y el estado de ánimo característicos de la depresión. Para superar estas dificultades, Abramson, Seligman y Teasdale (1978) propusieron una teoría reformulada, el *modelo atribucional*, que planteaba que, para desencadenarse una depresión, no era suficiente la exposición a situaciones incontrolables, sino que un elemento central era la explicación que la persona se daba a sí misma sobre la causa de la incontrolabilidad. Si la atribuía a factores internos, se produciría un descenso en la autoestima. Si la atribuía a factores estables, esto llevaría a generar una expectativa de incontrolabilidad en situaciones futuras, lo que explicaba el mantenimiento de la indefensión y los síntomas depresivos en el tiempo. Si la atribuía a factores globales, la expectativa de incontrolabilidad se generalizaría a otras situaciones. De este modo, estos autores establecieron tres dimensiones atribucionales: internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad. Además, incluyeron un factor, lo que limitaba la aparición de la depresión a aquellos casos en que la expectativa de incontrolabilidad se refería a la pérdida de control ante un suceso muy deseable o altamente aversivo. Con base en esto, postularon la existencia de un *estilo atribucional depresógeno*, consistente en la tendencia a atribuir los sucesos incontrolables y altamente negativos a factores internos, estables y globales (p. ej., recuperando el ejemplo propuesto anteriormente, pensar que no he aprobado la oposición porque soy una persona incompetente en todos los ámbitos de mi vida).

Pero esta reformulación no representaba una teoría articulada de la depresión, no tenía en cuenta la heterogeneidad de los cuadros depresivos y no incorporaba hallazgos importantes de la investigación en distintas áreas de la psicología. De esta manera, Abramson, Metalsky y Alloy (1989) propusieron una segunda revisión de su teoría, en la que postularon la categoría de *depresión por desesperanza*, derivada de la expectativa de que, o bien no se alcanzarán desenlaces altamente

deseados, o bien ocurrirán acontecimientos muy negativos, junto con indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de que se produzcan. Además, se propone un modelo integral de diátesis-estrés, y se establece una cadena causal que incrementaría la probabilidad de depresión. En este modelo se distinguen, en función del grado en que hace falta que estén presentes para que ocurran los síntomas, tres tipos de causas: necesarias (deben estar presentes para que se den los síntomas; pero estando presentes, estos pueden presentarse o no), suficientes (si están presentes, los síntomas se manifestarán invariablemente; aunque también pueden aparecer en su ausencia) y contribuyentes (incrementan la probabilidad de que afloren los síntomas, pero no son necesarias ni suficientes). Y en función de su relación secuencial con la ocurrencia de los síntomas, en causas distales (que operan al inicio de la línea causal, lejanas a la aparición de los síntomas) y causas proximales (cercanas al surgimiento de los síntomas).

Como se indica en la figura 2.2, la cadena comenzaría con una serie de causas distales, la primera de las cuales es la ocurrencia de acontecimientos vitales negativos, que representan el factor de estrés (p. ej., perder el empleo). La segunda, la información situacional, tiene gran relevancia para determinar el tipo de atribuciones que el sujeto hace: acontecimientos negativos bajos en consenso (que le pasan a poca gente), altos en consistencia (que ocurren al sujeto a menudo) y bajos en distintividad (no le ocurren solo en una circunstancia, sino en muchas) promueven atribuciones que conducen a la desesperanza. La tercera causa distal que propone el modelo es un *estilo atribucional depresógeno* sobre las causas del evento, sobre su importancia y sobre uno mismo. Según la hipótesis de la vulnerabilidad específica, los contenidos de los estilos atribucionales de cada persona se relacionan con la ocurrencia de distintos acontecimientos negativos (p. ej., la preocupación por temas interpersonales se relaciona con el rechazo social; la preocupación por el logro con los problemas en la carrera profesional). De acuerdo con este modelo, no es necesaria la presencia de ninguna de las causas distales para desencadenar la depresión, sino que la cadena causal puede activarse por una única causa distal, la combinación de varias o por otro factor (p. ej., falta de apoyo social).

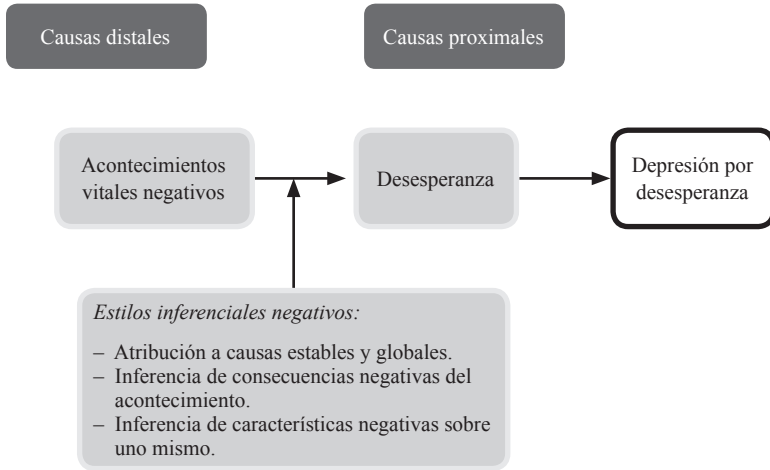


Figura 2.2. Teoría de la depresión por desesperanza (adaptado de Abramson *et al.*, 1989)

Estos tres factores (acontecimientos vitales, índices situacionales y estilo atribucional depresógeno) van a influir sobre una serie de causas que contribuyen a la desesperanza, que a su vez constituye la causa proximal suficiente de la depresión, y a la aparición de síntomas de depresión por desesperanza; así, si los acontecimientos negativos se valoran como importantes (p. ej., me han echado del trabajo y no podré sustentar a mi familia) y debidos a factores estables y globales (p. ej., soy demasiado mayor para que me quieran en este trabajo o en ningún otro), aumenta la probabilidad de depresión; cuando, además, se atribuyen a causas internas (p. ej., soy un mal trabajador) puede aparecer también una baja autoestima.

En relación con los síntomas de depresión por desesperanza, estos pueden incluir distintas manifestaciones que incluyen un inicio retardado de las respuestas voluntarias, tristeza, suicidio, falta de energía, enlentecimiento psicomotor, trastornos del sueño, dificultades de concentración y cogniciones negativas exacerbadas por el estado de ánimo. Pueden aparecer, además, una baja autoestima (que depende, como se indicaba anteriormente, del tipo de atribución que se realice en relación con el factor de internalidad) y dependencia, que puede presentarse concurrentemente

con una autoestima baja al considerarse el sujeto inferior a otros, lo que en último término podría conducir al desarrollo de una dependencia excesiva de ellos.

Cabe señalar también que en este modelo se considera que los procesos atribucionales negativos, aunque sesgados, no están necesariamente distorsionados, al haber encontrado los autores que las personas con depresión podrían ser más realistas en su visión de la realidad que los no deprimidos; esto se ha denominado *realismo depresivo*. Por último, se proponen posibles mecanismos distales de inmunización (p. ej., disponer de un estilo atribucional específico e inestable para sucesos negativos); en el ejemplo anterior del despido, la persona podría pensar que le han echado porque este trimestre la empresa no ha recibido suficientes pedidos.

## 2.4. Modelo cognitivo de Beck

---

Es el modelo psicológico de la depresión que más investigación ha generado en los últimos cincuenta años, además de ser la base de lo que actualmente se conoce como el *modelo cognitivo genérico*, que proporciona un marco para abordar distintas cuestiones relacionadas con la fenomenología de la depresión y algunos otros trastornos (p. ej., la existencia de un continuo entre el funcionamiento adaptativo y el desadaptativo, el concepto de activación de esquemas, la integración del procesamiento automático y reflexivo-controlado del modelo, la cualidad energética de los esquemas o la importancia del foco atencional) que no se explican en versiones anteriores del modelo original (Beck y Haigh, 2014). En relación con la depresión, Aaron Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Beck, 1987) propuso que la vulnerabilidad a la depresión proviene de un *sesgo sistemático* a la hora de procesar la información sobre temáticas de pérdida, inadecuación, fracaso o catástrofe. Las personas depresivas llegan a conclusiones ilógicas, valoran en exceso los acontecimientos negativos, y los consideran globales, frecuentes e irreversibles. El modelo sugiere que los distintos síntomas afectivos, conductuales y emocionales de la depresión son consecuencia de las cogniciones negativas (ver figura 2.3).

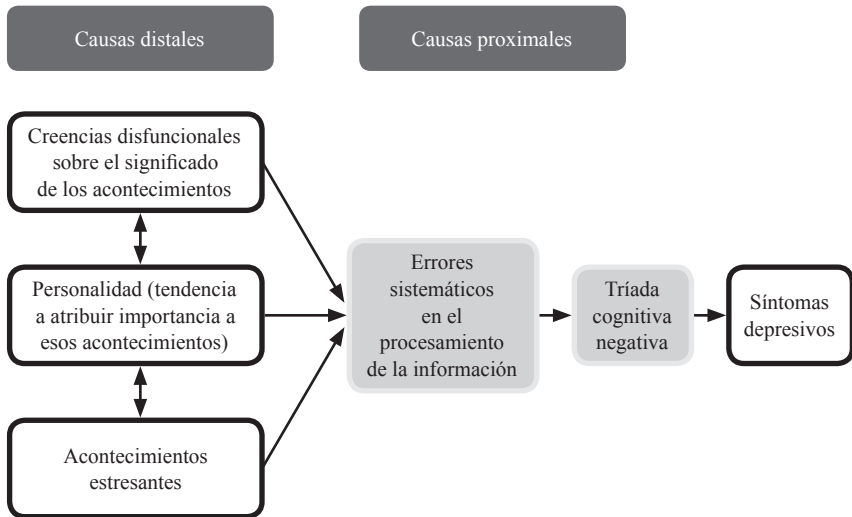


Figura 2.3. Modelo cognitivo de la depresión

De este modo, según esta teoría, la etiología de la depresión está relacionada con tres causas distales: *a)* las creencias disfuncionales sobre el significado de ciertos acontecimientos; *b)* atribuir gran importancia a dichos sucesos, como resultado de la estructura de personalidad del sujeto; *c)* la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores.

En relación con el primer aspecto, para explicar cómo las creencias disfuncionales se representan mentalmente, se utiliza el concepto de *esquemas*, que son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad, contruidos con base en el conocimiento y la experiencia anterior del individuo. Son fundamentales para el procesamiento de la información, actúan como plantillas contra las cuales se compara e incorpora nueva información, y reflejan distintas creencias, expectativas, evaluaciones y atribuciones. Los *esquemas disfuncionales depresógenos* tienen un contenido distinto (incluyendo creencias poco realistas acerca de sí mismo y el mundo) y una estructura diferente (son más rígidos, impermeables y concretos) que los de las personas sin depresión. Los

esquemas son selectivos al *captar* solo información negativa confirmatoria, las creencias se conservan a pesar de la evidencia acumulada de lo contrario. Por ejemplo, una persona que se considera un incompetente es probable que preste atención a las experiencias que apoyan esta creencia sobre sí mismo mientras ignora la información que la descarta.

En cuanto a la segunda cuestión, la personalidad del sujeto, Beck propuso dos dimensiones diferentes: la *sociotropía* (se caracteriza por una fuerte dependencia emocional de los demás, una gran necesidad de aceptación y un miedo excesivo al abandono, rechazo y desprecio) y la *autonomía* (se caracteriza por un énfasis en la independencia, la realización personal y el temor excesivo al fracaso personal), que pueden considerarse como vulnerabilidad para la depresión, con estresores específicos diferentes para cada una de las dos dimensiones. En concreto, es más probable que las personas sociotrópicas lleguen a estar deprimidas ante acontecimientos interpersonales negativos (p. ej., un divorcio) y las personas autónomas, ante acontecimientos relacionados con el logro (p. ej., despido del trabajo por un error).

Respecto al tercer factor, la ocurrencia de estresores, las situaciones que son estresantes y recuerdan a las personas las circunstancias que originalmente fueron responsables de la adquisición de visiones negativas de sí mismos, son especialmente propensas a activar los esquemas negativos. Más aún, cuando estos esquemas cognitivos inadaptativos aprendidos en la infancia y adolescencia, que permanecen en estado latente, son activados por estresores vitales (p. ej., una ruptura de pareja o un fracaso laboral), se manifiestan en forma de *errores sistemáticos en el procesamiento de información*, y tienden a centrarse selectivamente en ciertos aspectos negativos de las situaciones, mientras ignoran información positiva igualmente relevante de la experiencia (ver cuadro 2.1). Las cogniciones negativas y distorsionadas que una persona elabora en estas situaciones particulares se denominan *pensamientos automáticos*. Son automáticos en el sentido de que el sujeto no es consciente del proceso interpretativo y puede no ser consciente incluso de los pensamientos en sí, sino solo de las consecuencias emocionales de los mismos; y giran, fundamentalmente, en torno a las temáticas de pérdida y autodevaluación. Estos pensamientos son repetitivos, persistentes y no fácilmente controlables.